

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

Warszawa, dn.

Rektor/LDDO
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Pan/Pani

W N I O S E K

Zgodnie z art. 29 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), wnioskuję o nadanie

Pani /Panu/*

upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym ze względu na fakt

Upoważnienie wydaje się na okres ²:

1. Zakres przetwarzania danych osobowych³:

2. Uprawnienia: **użytkownika / ASI** z tytułu zajmowanego stanowiska - jakiego:

.....

3. Formy przetwarzania danych osobowych: **/papierowa / elektroniczna /***

4. Obszar przetwarzania danych osobowych:

5. Upoważnienie obejmuje przetwarzanie szczególnych kategorii danych (art. 9 RODO)/ **tak/nie/***

6. Upoważnienie obejmuje przetwarzanie danych dotyczących wyroków skazujących lub innych naruszeń prawa (art. 10 RODO)/ ~~**tak/nie***~~

7. Osoba została zapoznana z przepisami o ochronie danych osobowych **tak/nie/***

.....
(pieczęć i podpis kierownika jednostki administracyjnej)

/* niepotrzebne proszę skreślić

¹ zmiany władz Uczelni, zmiany na stanowisku, zatrudnienia, inny powód

² zatrudnienia na stanowisku, do dnia, inny okres

³ wszelkie operacje na danych osobowych wynikające z zakresu obowiązków na danym stanowisku, dokonywanie wpisów w indeksach studentów WUM,

(imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie)

(stanowisko i nazwa jednostki organizacyjnej)

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany oświadczam, że zapoznałem się z przepisami dotyczącymi przetwarzania i ochrony danych osobowych i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

Jednocześnie oświadczam, że:

- a) zapewnię ochronę danym osobowym przetwarzanym w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, a w szczególności zabezpieczę je przed dostępem osób nieupoważnionych, zabraniem, uszkodzeniem oraz nieuzasadnioną modyfikacją lub zniszczeniem,
- b) zachowam w tajemnicy, także po ustaniu stosunku pracy, wszelkie informacje dotyczące przetwarzania oraz sposobów zabezpieczenia danych osobowych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym,
- c) natychmiast zgłoszę przełożonemu i Inspektorowi Ochrony Danych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym stwierdzenie choćby próby lub faktu naruszenia zasad ochrony danych osobowych lub bezpieczeństwa systemu informatycznego, w którym przetwarzane są dane osobowe.

.....
(podpis osoby ubiegającego się o
dostęp)

Warszawa, dnia

Oświadczenie wypełnia osoba, po zapoznaniu się z obowiązującą polityką bezpieczeństwa informacji, która wykonując swoje obowiązki musi posiadać dostęp do danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym.